

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**NIVEL DE SOBRECARGA DEL FAMILIAR CUIDADOR DEL  
ADULTO CON ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE SALUD  
MENTAL EL PORVENIR– TRUJILLO 2017**

**TESIS**

**Para optar el título Profesional de Licenciada en Enfermería**

**AUTORAS:**

BACH. KATTY MELISSA AGUILAR LAVADO

BACH. SANDRA MILAGROS ARMAS ANTICONA

**ASESORA:**

MS. MIRIAM MARÍN ARANEDA

**TRUJILLO – PERÚ**

**2017**

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**NIVEL DE SOBRECARGA DEL FAMILIAR CUIDADOR DEL  
ADULTO CON ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE SALUD  
MENTAL EL PORVENIR– TRUJILLO 2017**

**TESIS**

**Para optar el título Profesional de Licenciada en Enfermería**

**AUTORAS:**

BACH. KATTY MELISSA AGUILAR LAVADO

BACH. SANDRA MILAGROS ARMAS ANTICONA

**ASESORA:**

MS. MIRIAM MARÍN ARANEDA

**TRUJILLO – PERÚ**

**2017**

## DEDICATORIA

A mi amado esposo e hijo **MIGUEL ÁNGEL** por ser las personas más especiales e importantes de mi vida, por ser el motivo de mi vida. Gracias por todo su amor y comprensión.

A mis padres **JOSÉ Y LILIAN**, por ser mi apoyo incondicional, por brindarme sus sabios consejos, por estar aun en los momentos más difíciles de mi vida, gracias por todo el amor brindan.

**Katty Melissa**

## DEDICATORIA

A mis padres **MARCIONILA Y RICARDO**,  
Por el amor, dedicación, y apoyo  
incondicional, gracias sus consejos sabios  
y por hacer la mujer que hoy en día soy.

A mi hermano: **ALFREDO LUIS**  
Por ser como un segundo padre,  
por ser fuente de inspiración y por  
todo el amor brindado

**Sandra Milagros**

## **AGRADECIMIENTOS**

A:

A DIOS, por brindarnos la perseverancia para conseguir nuestras metas y permitirnos llegar a la culminación de nuestra formación profesional, gracias por la fortaleza y la sabiduría para desarrollar nuestro trabajo de investigación.

A nuestra asesora Ms. Enf. Miriam Marín Araneda, por la dedicación y guía, por los sabios consejos brindados y paciencia para el desarrollo de nuestra tesis.

A la Dra. Elizabeth C. Muñoz Arteaga, Directora del Centro de Salud San Crispín, quien nos permitió poder interactuar con los familiares de los adultos con esquizofrenia del centro de salud y por habernos brindado la información requerida.

***Katty y Sandra***

## TABLA DE CONTENIDOS

|                                      | Pág. |
|--------------------------------------|------|
| DEDICATORIA.....                     | i    |
| AGRADECIMIENTO.....                  | iii  |
| TABLA DE CONTENIDOS .....            | iv   |
| ÍNDICE DE TABLAS.....                | v    |
| RESUMEN .....                        | vi   |
| ABSTRACT .....                       | vii  |
| I. INTRODUCCIÓN .....                | 9    |
| II. MATERIAL Y MÉTODO .....          | 13   |
| III. RESULTADOS.....                 | 27   |
| IV. DISCUSIÓN .....                  | 33   |
| V. CONCLUSIONES .....                | 40   |
| VI. RECOMENDACIONES .....            | 46   |
| VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 47   |
| V.III. ANEXOS .....                  | 48   |
| ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO     |      |

## ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

### **TABLA N°1:**

DATOS GENERALES DEL FAMILIAR CUIDADOR DEL ADULTO CON  
ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL EL PORVENIR  
– TRUJILLO 2017 .....32

### **TABLA N°2**

NIVEL DE SOBRECARGA DEL FAMILIAR CUIDADOR DEL ADULTO  
CON ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL EL  
PORVENIR – TRUJILLO 2017.....33

### **TABLA N°3**

NIVEL DE SOBRECARGA DEL FAMILIAR CUIDADOR DEL ADULTO  
CON ESQUIZOFRENIA SEGÚN LA DIMENSIÓN IMPACTO DEL  
CUIDADO.....35

### **TABLA N°4**

NIVEL DE SOBRECARGA DEL FAMILIAR CUIDADOR DEL ADULTO  
CON ESQUIZOFRENIA SEGÚN LA DIMENSIÓN CALIDAD DE LA  
RELACIÓN INTERPERSONAL.....37

### **TABLA N°5**

NIVEL DE SOBRECARGA DEL FAMILIAR CUIDADOR DEL ADULTO  
CON ESQUIZOFRENIA SEGÚN LA DIMENSIÓN EXPECTATIVA DE  
AUTOEFICACIA.....37

## RESUMEN

La presente investigación de tipo descriptivo, de corte transversal, se realizó en los meses de mayo a junio en el Centro de Salud Mental San Crispín 2017, con una población de 40 adultos, los datos fueron recolectados a través del instrumento de Zarit conformado por 21 ítems, los hallazgos indican que el 42.5% presentó nivel de sobrecarga intensa, el 27.5% nivel de sobrecarga leve y el 30% no presenta sobrecarga. Respecto al nivel de sobrecarga del familiar cuidador según la dimensión impacto del cuidado el 55% presentó sobrecarga leve, el 25% sobrecarga intensa y el 20% no presentó sobrecarga, respecto a la dimensión calidad de la relación interpersonal el 57.5% presentó nivel de sobrecarga leve, el 22.5% no presentó sobrecarga y el 20% sobrecarga intensa, con respecto al nivel a la dimensión expectativa de autoeficacia el 70% presenta sobrecarga leve, el 22.5% sobrecarga intensa, el 7.5% no presentó sobrecarga. Se utilizó el paquete estadístico SPSS V 23.0, para el procesamiento descriptivo de datos. Se concluye que el mayor porcentaje de familiares cuidadores presentan sobrecarga intensa.

**Palabras claves:** Sobrecarga, familiar cuidador, adulto con esquizofrenia.



## **ABSTRACT**

This descriptive cross-sectional study was carried out from May to June in the San Crispín Mental Health Center 2017, with a population of 40 adults. The data were collected through Zarit's instrument, which consisted of 21 Items, the findings indicate that 42.5% had an intense overload, 27.5% had a mild overload, and 30% had no overload. Regarding the level of overload of the familiar caregiver according to the dimension impact of care, 55% presented mild overload, 25% overload and 20% did not present overload, regarding the quality dimension of the interpersonal relationship 57.5% presented level of overload Light, 22.5% did not present overload and 20% intense overload, with respect to the level to the expectation dimension of self-efficacy 70% presented slight overload, 22.5% intense overload, 7.5% did not present overload. Statistical package SPSS V 23.0 was used for descriptive data processing. It is concluded that the highest percentage of family caregivers present intense overload.

**Keywords:** Overload, family caregiver, adult with schizophrenia.

## 1. INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es una enfermedad crónica y discapacitante; un trastorno de alto impacto cuya evolución genera deterioro en las áreas del funcionamiento humano, manifestando disfunciones cognitivas y emocionales. Afecta no solo al adulto en su capacidad de actuar, pensar y sentir, sino también produce efectos devastadores y desconcierto en los miembros de su familia y entorno. (1,2)

Todo esto conlleva al adulto a ser dependiente de otras personas, las cuales le ayuden a llevar a cabo desde lo más simple como sus actividades diarias hasta el lado más duro del tratamiento para su enfermedad. Es así que las familias de los adultos con esquizofrenia son vitales en el tratamiento y rehabilitación de esta enfermedad; sin embargo, pocas son las familias que reciben una terapia en conjunto y que se interesan por el proceso terapéutico; así se hace una suposición básica: que el esquizofrénico que vive en su casa con la familia es un "problema". Los problemas que debe enfrentar la familia son muchos y variados. (1,2,3)

No todos los miembros de una familia responden de la misma manera. Algunos desean hacer el máximo posible para ayudar, otros no. Algunos se ven afectados en la rutina diaria a la que estaban acostumbrados. El efecto del paciente sobre la familia puede ser tremendo y desgastante y casi inevitablemente esas soluciones serán compromisos, pero, por lo menos, cada uno sabrá cuál es la posición de cada uno y verá que se hace todo lo posible para encontrar una solución. Por lo mencionado en el cuidador recae un fuerte impacto, la cual en este proyecto se abordará como sobrecarga en diferentes dimensiones de su vida. (1,2,3)

Las cifras de esta enfermedad son alarmantes, así mismo la Organización Mundial de la Salud indica que la esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a más de 24 millones de personas en todo el mundo, que representa el 1 % de la población a nivel mundial, es más frecuente en varones que en mujeres. (2)

En Latinoamérica, la Organización Panamericana de la Salud expone que los trastornos mentales representan un 22,2% de la carga global de enfermedad. Haciendo una revisión de la situación de salud mental en otros países se encontró que, en Bolivia, la esquizofrenia y los trastornos de ideas delirantes representan un 29.3%; en Chile se evidencia que personas con esquizofrenia y trastornos delirantes equivalen a un 38,3%. Mientras que en Ecuador el mayor porcentaje de diagnósticos de los pacientes psiquiátricos es el de esquizofrenia con 38%, en los casos presentados. (4)

A nivel nacional se estima que en el Perú en el 2014 la cifra aumenta a 300 mil, la esquizofrenia se encuentra entre las 10 principales causas de discapacidad por enfermedades. El 1 % de habitantes son afectados por esta enfermedad. Solo en el primer semestre del 2016, el instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – HideyoNoguchi” (INSM) atendió 2.148 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, de los cuales 206 son nuevos y 1.942 son continuadores. No obstante, el INSM estima que en Lima existen 32 mil personas con esta enfermedad que no reciben tratamiento adecuado. Mientras tanto si nos atenemos a las estadísticas nacionales por regiones, la prevalencia de las enfermedades mentales tales como la esquizofrenia, la depresión y el stress, en Trujillo serían de un 25%. (4)

A lo largo de las prácticas realizadas en nuestra carrera observamos el incremento de adultos con esquizofrenia y cómo el familiar cuidador se veía afectado en su vida personal, manifestándose en una sobrecarga. Por lo tanto el presente trabajo de investigación se justifica, por su valor teórico ya que es resaltante la necesidad de información y conocimiento actualizado sobre la esquizofrenia y del aumento alarmante de esta enfermedad, que afecta a miles de personas alrededor del mundo, Tiene relevancia social porque está dirigida a los cuidadores familiares de los pacientes con esquizofrenia ya que esta enfermedad no solo altera el bienestar físico y mental de la persona que la padece, sino también a los miembros de la familia, que muchas veces desconocen sobre los cuidados que debe tener, entrando en una tarea difícil que puede conllevar a muchos problemas en diferentes áreas de su vida. (1,2,3)

Tiene utilidad práctica ya que si los resultados arrojan niveles de sobrecarga elevados en los cuidadores familiares se podría ayudar a redireccionar a los profesionales de la salud para que pongan mayor énfasis sobre esta enfermedad mental que avanza silenciosamente planteando de alguna manera sesiones educativas que ayuden a mejorar la calidad de vida de los familiares cuidadores de los adultos con esquizofrenia puesto que en la mayoría de los casos no se les evalúa ni orienta para enfrentar los cambios, producto del cuidado empírico y continuo que le brinda al adulto con esquizofrenia. (1,2,3)

Ante la realidad expuesta, formulamos la siguiente interrogante:

¿Cuál es el nivel de sobrecarga de los cuidadores familiares del adulto con esquizofrenia del Centro de Salud Mental El Porvenir, en el año 2017?

## **1.1 OBJETIVOS**

### **1.1.2 OBJETIVO GENERAL**

Determinar el nivel de sobrecarga del familiar cuidador del adulto con esquizofrenia del Centro de Salud Mental El Porvenir–Trujillo 2017.

### **1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar los datos generales del familiar cuidador del adulto con esquizofrenia del Centro de Salud Mental El Porvenir–Trujillo 2017.
- Identificar el nivel de sobrecarga del familiar cuidador del adulto con esquizofrenia según la dimensión impacto del cuidado.
- Identificar el nivel de sobrecarga del familiar cuidador del adulto con esquizofrenia según la dimensión calidad de la relación interpersonal.
- Identificar el nivel de sobrecarga del familiar cuidador del adulto con esquizofrenia según la dimensión expectativa de autoeficacia.

## **1.2 MARCO TEÓRICO**

### **1) BASES TEÓRICAS**

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta al paciente deteriorando sus capacidades en diversos aspectos psicológicos, como el pensamiento, la percepción, las emociones o la voluntad. Los pacientes esquizofrénicos pueden perder el contacto con la realidad; es decir tener episodios psicóticos, sufrir alucinaciones, delirios como creencias falsas, tener pensamientos anormales y alteración del funcionamiento social y laboral. La esquizofrenia afecta de preferencia a sujetos jóvenes, con un curso habitualmente crónico y que produce diversas incapacidades psíquicas, familiares, sociales y laborales. (1,3)

Esta enfermedad tiene un factor genético; es decir, sí se sabe que el riesgo de padecer la enfermedad es mayor cuando existen antecedentes familiares de la misma. Sin embargo, la presencia de antecedentes no es una condición necesaria ni suficiente; muchos pacientes no los presentan y muchos sanos, sí. Esto indica que otros factores no genéticos también juegan un papel importante en la génesis del trastorno. Se ha descubierto que diversas sustancias llamadas neurotransmisores que son aquellos los responsables de que las neuronas se comuniquen adecuadamente, pueden estar desequilibradas en la esquizofrenia. La alteración en los niveles de la dopamina en el sistema nervioso se da lugar en sus cuatro vías dopaminérgicas. Los estudios sobre estas sustancias están siendo muy importantes para el diseño de fármacos cada vez más efectivos. (3,5)

El principal problema relacionado con los síntomas de esta patología es que la mayoría son subjetivos, es decir, sólo el paciente los experimenta, por lo que no pueden comprobarse. El segundo, es que la esquizofrenia es una enfermedad que presenta muchas y variadas manifestaciones pero ninguna es específica de ella, sino que también pueden estar presentes en otros trastornos mentales. (3,5)

En el inicio de un primer episodio de esquizofrenia, la familia se enfrenta a una situación de estrés similar al trauma experimentado por las víctimas de grandes catástrofes, que interrumpe todo el grupo. La vida familiar se ve perturbada, y la trayectoria de la vida puede sufrir cambios. La familia trata de adaptarse a la nueva situación, la búsqueda de respuestas a los desafíos cotidianos, aprender de la experiencia, a través de ensayos y errores. (5)

Es así que definimos familia como un grupo de personas, dirigido por una relación de pareja lo suficientemente duradera como para asegurar la procreación y crianza de los hijos; es decir la manutención física- biológica y emocional. Es un organismo vivo complejo, cuya trayectoria de vida es un transcurrir de diversas adversidades, semejanzas, diferencias, individualidades, singularidades y complementariedades, que lucha por su preservación y desarrollo en un tiempo - espacio y territorio dado. Sin embargo, todo este sistema se ve afectado cuando uno de sus integrantes se ve amenazado por alguna enfermedad; en este caso la esquizofrenia, la cual origina que el sujeto sea visto como un discapacitado y necesitando así el cuidado de un familiar. (6)

Un cuidador es aquel que convive y tiene la responsabilidad de proporcionar cuidados, los cuales pueden darse dentro del hogar, dirigido a los progenitores, al cónyuge, a otros familiares o personas sin vínculos familiares, a una persona enferma o discapacitada; puede ser miembro de la familia, un amigo, un voluntario o una persona pagada. Deben aprender actividades para brindar cuidados de manera adecuada, asumir nuevos compromisos, y desarrollar funciones que antes podía realizar el enfermo; la cantidad y calidad de la asistencia dependerá del tiempo, relación paciente- cuidador, tipo y estadio de la patología. Cuidar a una persona con discapacidad o enfermedad crónica implica modificar las funciones acostumbradas, tomar decisiones en medio de alternativas complicadas, asumir responsabilidades, acciones de cuidado físico, social, psicológico para atender las necesidades cambiantes de la persona cuidada. (7)

El cuidador principal o primario está representado por el familiar más cercano, en muchas ocasiones el cónyuge, quien acompaña al paciente durante todo el proceso de la enfermedad, asumiendo la responsabilidad de atender y cuidar del enfermo diariamente. El cuidador secundario, muchas veces es un familiar, que proporciona ayuda al enfermo, su función principal es proteger de sobrecarga al cuidador principal y evitar un desgaste en su salud. El cuidador formal o profesional que es un trabajador remunerado y ejerce su profesión; desarrollada por personal socio-sanitario, los encontramos en las instituciones de salud, aunque también puede dar atención domiciliaria. Los cuidadores voluntarios son personas que pertenecen a una Organización No Gubernamental que brindan apoyo al cuidador o al enfermo, en coordinación con la familia y coordinados con una asociación u organización. (5)

La Organización Mundial de la Salud definió al cuidador primario como aquella persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido; sin recibir una remuneración económica y tener una formación profesional, este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente, decisiones para el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo las 24 horas del día, ya sea de manera directa o indirecta. (8)

En el cuidador principal del adulto con esquizofrenia se produce el efecto de desgaste, debido a la responsabilidad que origina la prestación de cuidados continuos y agotadores, provocándole una serie de cambios y alteraciones en el bienestar físico, mental y socioeconómico de la persona, generándole muchas veces una sobrecarga.(5)

Se define como nivel de sobrecarga al impacto que provoca la enfermedad en la calidad de vida de quien desempeña el rol del cuidado, teniendo como resultado un conjunto de sentimientos y percepciones negativas, generándose por la combinación de las características clínicas y duración del trastorno del adulto, las características propias de la personalidad de los familiares, las responsabilidades en el hogar, las formas de apoyo social que posean y finalmente, del costo económico que conlleva el trastorno. (1, 9)



La sobrecarga emocional de los familiares debido a las enfermedades mentales que presentan sus seres queridos, y que a la vez los incapacita, genera una necesidad de cuidado.

Existen tipos de sobrecarga, al hablar de sobrecarga vemos cómo influyen los estresores primarios en el cuidador, donde resaltan los trastornos de conducta del paciente, en el deterioro cognitivo y funcional, como generadores de mayor carga. La carga familiar repercute en distintas áreas de la vida del cuidador como las tareas de la casa, las relaciones de pareja, familiares y sociales, el desarrollo personal y del tiempo libre, la economía familiar, la salud mental y el malestar del cuidador relacionado con la enfermedad. (8)

La carga objetiva es cualquier alteración potencialmente verificable y observable de la vida del cuidador causada por la enfermedad del adulto. La supervisión hace referencia a los esfuerzos de los familiares por asegurar que el paciente tome la medicación, duerma y no presente alteraciones de conducta. La estimulación incluye todo lo relacionado con la motivación del adulto para que se ocupe del propio autocuidado, alimentación y actividades de la vida diaria, y en muchos casos, la suplencia del adulto ante la imposibilidad de que él mismo las realice. La carga subjetiva hace referencia a la sensación de soportar una obligación pesada y opresiva originada en las tareas del cuidador y, en el hecho que un familiar sufra una enfermedad mental. Se relaciona con la tensión propia del ambiente que rodea las relaciones interpersonales entre el paciente y sus familiares y las preocupaciones generales por la salud, seguridad, tratamiento y futuro del adulto. (5)

La consecuencia de la carga trae consigo repercusiones en el cuidador, como estrés, puede tener importantes consecuencias sobre la salud física y mental del cuidador y alterando su bienestar. Es una respuesta, de estrés fisiológico y emocional del proveedor de cuidados, entre los síntomas emocionales tenemos ansiedad, depresión, irritación, manías obsesivas, sentimiento de culpa,

hipocondría, ideación paranoide y entre los síntomas psicosomáticos resaltan el insomnio, anorexia, taquicardia, dolores varios, acidez, mareos, fatiga crónica, alopecia, mayor facilidad para contraer enfermedades orgánicas. También suele presentar problemas de conducta como pérdida de autocuidados, aislamiento, pérdida de amistades e incluso el trabajo, abandono del cuidado a otros miembros de la familia. El familiar agotado sus reservas psicofísicas mostrándose desmotivado y abúlico por la situación, sin capacidad para enfrentarse a los problemas, con comportamientos deshumanizantes y síntomas de despersonalización. (8)

La carga o estrés del cuidador, puede tener efectos también sobre el receptor de la asistencia de larga duración. Las principales consecuencias han sido la institucionalización prematura y los malos tratos hacia la persona dependiente. La sobrecarga del cuidador ha denotado en algunos casos la posibilidad de episodios de malos tratos y abusos sobre el paciente, los cuidadores con elevados niveles de sobrecarga pueden tener mayor potencial para el maltrato de la persona atendida. Es el efecto de desgaste que se produce en el cuidador principal del adulto dependiente, debido a la responsabilidad que origina la prestación de cuidados continuos y agotadores, provocándole una serie de cambios y alteraciones en el bienestar físico, mental y socioeconómico de la persona. (10)

Por lo que, para medir el nivel de carga del cuidador, se utilizó la escala de Zarit, que identifica dimensiones subyacentes del concepto de carga del cuidador. Hallando así tres dimensiones. (10)

Impacto del cuidado es decir sobrecarga según la teoría de Zarit el impacto del cuidado hace referencia a aquellas cuestiones relacionadas con los efectos o consecuencias que se evidencian en el cuidador informal, ocasionados por prestación de cuidados a un familiar dependiente, se pueden identificar situaciones como falta de tiempo libre e intimidad, deterioro de la vida social, pérdida de control sobre su vida consta de 12 Ítems que valora los efectos que provoca en el cuidador familiar el brindar atención constante al paciente; con el

grado que la relación con su familiar le afecta, sintiéndose tensa/o, agotada/o, sin vida privada, sin tiempo.. (7)

Calidad de la relación interpersonal, según Zarit, representa aquellos elementos, sentimientos y actitudes, que se refiere a la relación y a la convivencia que el cuidador familiar mantiene con la persona receptora del cuidado, es decir se refiere a los sentimientos y actitudes que genera el cuidado en el cuidador, dirigidos hacia la persona dependiente; representado por el grado de interferencia en las relaciones interpersonales. Está compuesto por 6 ítems. (7)

Expectativas de auto eficacia reflejan las creencias, experiencias, ideas y percepción que refiere el cuidador sobre su capacidad para brindar un cuidado adecuado y de calidad a su familiar a cargo, es así que tiene pensamientos referentes a la atención. Ser cuidador familiar trae consecuencias sociales, emocionales, familiares, físicas y de salud para las personas que proveen este cuidado; ya que el cuidador tiene que enfrentarse con determinados factores estresantes y su respuesta a los mismos se ve mediada por procesos psicológicos, es decir competencia, manifiesta las ideas que tiene el cuidador, referentes a la calidad que tienen las atenciones que brinda al enfermo mental, refleja sentimientos de incapacidad frente a las demandas con su familiar. Tiene 4 ítems. (7)

Los datos sociodemográficos son importantes, al analizar niveles de sobrecarga de los familiares cuidadores. Considerando las edades de niños, adolescentes y adultos con trastornos mentales, también las elevadas tasas de comorbilidad de los problemas de salud mental y física, como las altas tasas de consumo de tabaco del cuidador, que se suelen pasar por alto. (11)

En las diferentes preguntas de la escala de Zarit se exploran diversos campos como la sensación de sobrecarga experimentada por el cuidador, el abandono del autocuidado tanto como en temas de salud como en autoimagen, la vergüenza ante la presencia o comportamiento del familiar enfermo, la irritabilidad ante la presencia del familiar, el miedo por los cuidados o el futuro

del familiar, la pérdida del rol social y familiar al tener que asumir el de cuidador, la alteración de la economía y el sentimiento de culpabilidad generado por no hacerlo lo suficiente. (9)

El estado de sobrecarga ligera se reconoce como un riesgo para generar sobrecarga intensa. El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbilidad del cuidador, por lo cual se debe indicar. La ausencia de sobrecarga, requiere monitoreo, sobre todo ante aumento de los requerimientos de cuidado. Se acepta que una mayor carga objetiva está relacionada con un mayor número de conductas disruptivas con el hecho de convivir con el adulto y con una menor probabilidad de obtener ayuda para cuidar al adulto. A su vez una mayor carga subjetiva está relacionada con una mayor presencia de síntomas en el adulto y con la percepción de una menor competencia por parte del cuidador para ocuparse de su cuidado (9).

Ser cuidador de una persona en situación de enfermedad, es vivir de una manera diferente, modificando las funciones a la que se está acostumbrando, tomando decisiones, asumiendo responsabilidades y realizando tareas y acciones del cuidado físico, social, psicológico y religioso para atender las necesidades cambiantes de la persona cuidada, en las que progresivamente se va adquiriendo habilidad hasta superar muchas veces a los más conocedores. En muchos casos exige la búsqueda de apoyo tangible o intangible que les puede resultar o no efectivo. Esta experiencia genera una gran cantidad de sentimientos, que en oportunidades permiten cercanía y estabilidad, pero en muchas otras resultan agobiantes, ocasionando diferentes respuestas en la persona cuidadora. (12)

Generalmente quien se ocupa del cuidado es la familia, una de las teorías que la sustenta es la teoría General de Sistemas; desarrollada por Von Bertalanffy, que introduce una novedosa perspectiva de la familia, mirándola como un sistema abierto, en interacción permanente, compuesto a su vez por subsistemas, unos estables y otros ocasionales. Entonces familia es un sistema abierto y dentro de este sistema actúan fuerzas negativas como positivas, que determinan un buen o

mal funcionamiento de esta unidad biológica natural. Donde existen factores biológicos, psicológicos y sociales de alta relevancia en la determinación del estado de salud o enfermedad. (13)

De este modo, todas las familias, independiente del tipo de estructura que tengan, atraviesan a lo largo de su existencia, por etapas que tienen relación con los ciclos de vida de sus integrantes, etapas que pueden llegar a constituirse en una dificultad para sus miembros, y que se denominan crisis normativas, pero algunas familias, también se ven perturbadas por hechos no esperados: crisis paranormativas, no transitorias, ya que no dependen del ciclo vital; como por ejemplo la aparición de una enfermedad; pues la enfermedad introduce una información nueva en el sistema que lo perturba y desorganiza, por lo que con frecuencia implica una crisis que impacta sistémicamente a cada uno de sus miembros. (13)

La mayoría de los modelos conceptuales utilizados para explicar la acción del estrés en el cuidador están basados en el marco teórico aportado por Lazarus y Folkman, donde el estrés es el resultado de la interacción entre los individuos y su ambiente, siendo de vital importancia la interpretación individual y personal de los estresores potenciales. Así la idea principal consiste en que las demandas de cuidado no son estresantes en sí mismas, sino que es la evaluación que hace el sujeto de la situación y de sus recursos personales y sociales lo que hace que el cuidado sea percibido como una sobrecarga. A estos modelos teóricos que se basan en esta idea principal se les denomina modelos o teorías de estrés y afrontamiento. (14)

El modelo de estrés aplicado al cuidado, propuesto por Pearlin et al citado por Arango, engloba de manera esquemática las relaciones entre los antecedentes del contexto del cuidador como son las características socioeconómicas, historia y relaciones del cuidador, los estresores primarios como el deterioro cognitivo, funcional y conductual del paciente, así como la sobrecarga y de privación

relacional del cuidador frente al paciente, los estresores secundarios como la tensión psicológica y por ejercicio de rol, los mediadores como el afrontamiento y apoyo social y finalmente el impacto del estrés sobre la salud del cuidador. (15)

La teoría transaccional de Lazarus y Folkman; se basa en tres aspectos básicos: la definición del estrés, la valoración cognitiva y el afrontamiento. El afrontamiento nace de la percepción de una determinada situación como amenaza, daño o desafío y de la autoevaluación de las propias capacidades de gestión de dicha situación, como respuesta a dichas valoraciones y como ejecución de una reacción concreta ante una situación potencialmente estresante. Estos autores definen el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como que exceden o desbordan los recursos de los individuos. (14)

Asimismo, el modelo transaccional esparce la notabilidad de los factores psicológicos (cognitivos y conductuales) que intervienen entre estímulos y respuestas. Es decir, en las dimensiones básicas de valoración cognitiva y afrontamiento, ambos como los mediadores de las reacciones del estrés a corto, medio y largo plazo. En tal sentido, el modelo transaccional plantea que el impacto del cuidar puede elevarse o disminuirse por las variables mediadoras como el afrontamiento y el apoyo social, es el más adaptado a la situación de cuidado. Pues se considera que atender a una persona con dependencia es un importante estresor para los cuidadores familiares, ya que estos se ven afectados a nivel físico, mental y social, aunque dicho efecto es mediado por los recursos de afrontamiento y apoyo social. (16)

## **ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

Cerquera y cols. publicaron en el año 2011 en Colombia una investigación sobre sobrecarga en cuidadores de pacientes con Alzheimer. La evaluación de la sobrecarga se hizo a partir de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. Reportaron que el 65.4% no presenta sobrecarga, el 17.3% presenta sobrecarga leve y el 17.3% presenta sobrecarga intensa. Concluyen que, los datos sociodemográficos como el alto nivel de escolaridad, el elevado estrato socioeconómico y el parentesco están relacionados con la no sobrecarga. (17)

Leal y cols. en el año 2012 en Chile con su investigación sobre Sobrecargas objetivas y nivel de apoyo familiar a pacientes adultos con esquizofrenia, reportaron niveles altos o medianos; es decir de 75% y 25% respectivamente, de apoyo familiar a los pacientes; el 70% reconoció niveles medianos de cargas objetivas; solo el 10% reportó altos niveles de cargas objetivas, y el 20% reconoció cargas objetivas menores. El 60% atiende satisfactoriamente a las necesidades básicas de los pacientes, que se implica fuertemente en el tratamiento con un 66% y se preocupa de supervisar la medicamentación en un 67%, que favorece la autovalencia del paciente en un 71% y que lo integran plenamente en la comunicación y las expresiones familiares de afecto hasta en un 75%; aunque la interacción social del paciente más allá de la familia se presenta en menor medida; 49% reporta un bajo grado de interacción social, mientras que 46% reporta grados satisfactorios. Concluyen que, una mayor carga familiar se asocia con un menor nivel de apoyo a los pacientes. (18)

En cuanto a estudios nacionales podemos citar a Chomba, quien en el 2013 en Lima presenta estudio sobre “Sobrecarga en el cuidador familiar del paciente con esquizofrenia y reportó que en cuanto a la Sobrecarga según la dimensión de Expectativas de autoeficacia, se encontró que 63% no presentó sobrecarga y 27% tiene sobrecarga leve. En relación a la Sobrecarga, según la dimensión Calidad de las Relaciones Interpersonales se evidencia en mayor número que el 56% manifiesta sobrecarga leve y 36% de los cuidadores no presenta sobrecarga. Según la dimensión de Impacto del Cuidado se encuentra en mayor proporción

que el 48% de los cuidadores familiares tiene sobrecarga leve y 33% no presenta sobrecarga. Se concluye que los familiares de los pacientes con esquizofrenia en el Hospital Hermilio Valdizán evidencian Sobrecarga Leve (44%). (19)

Hidalgo en 2013 en Lima. en su tesis sobre “Sobrecarga y Afrontamiento en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia”, donde se aplicaron la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit y el Cuestionario de Estimación del Afrontamiento a 33 familiares de pacientes con esquizofrenia en rehabilitación. Se encontraron correlaciones entre la sobrecarga y algunas estrategias de afrontamiento específicas. Del mismo modo, se observaron diferencias significativas evidenciando que según el sexo del cuidador, el tiempo de cuidado y la fase de rehabilitación, los cuidadores pueden hacer uso de diferentes estrategias de afrontamiento. (20)

Correa, en 2015 en Lima. En su tesis sobre “Nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia”, realizado en el Centro de Salud San Martín de Porres, reportó que el 48.5% 16, presenta sobrecarga leve, el 27.3% 9, sobrecarga intensa y el 24.2% 8, no presenta sobrecarga. Se concluye que la sobrecarga que experimentan los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia, mayoritariamente es de nivel leve 48.5%. (21)

### **1.3 HIPÓTESIS**

Por tratarse de un estudio descriptivo, esta investigación no lleva hipótesis

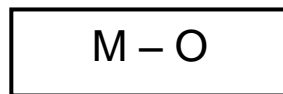


## 2. MATERIAL Y MÉTODO

### 2.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación fue de tipo no experimental, porque no se manipulan variables, solamente se midieron tal como se encuentran en su contexto natural para después analizarlas. Es transversal porque se recolectaron los datos en un solo momento, en un tiempo único. (22)

El diseño de investigación es descriptivo simple cuyo esquema es el siguiente:



Donde:

**M:** Familiares cuidadores de pacientes esquizofrénicos.

**O:** Nivel de sobrecarga

### 2.2 POBLACIÓN

La población estuvo constituida por los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia que se encuentran en el centro de Salud Mental El Porvenir. Como es una investigación cuantitativa se usó un muestreo probabilístico, puesto que el objetivo es poder generalizar los resultados aplicados sobre una muestra de sujetos al conjunto de la población (el universo).

### 2.3 MUESTRA

Estuvo conformada por 40 familiares cuidadores que cumplieron con los criterios de inclusión.

Tipo de muestreo: para el estudio se decidió trabajar con el total del tamaño de muestra

#### **Criterios de inclusión**

- Familiares cuidadores mayores de 18 años.
- Familiares cuidadores del adulto con esquizofrenia.

- Familiares cuidadores que pertenecen al Centro de Salud Mental el Porvenir.
- Familiares cuidadores que luego de la explicación acepten participar.

#### **Criterios de Exclusión:**

- Familiares cuidadores de adulto con otra enfermedad mental.
- Familiares cuidadores de adulto con esquizofrenia que hayan abandonado el tratamiento

## **2.4 UNIDAD DE ANÁLISIS**

Cada uno de los familiares cuidadores del paciente con esquizofrenia del centro de salud mental El Porvenir– 2017.

## **2.5 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

### **2.5.1 VARIABLE: Nivel de sobrecarga**

#### **Definición conceptual**

Es una medida objetiva y subjetiva que corresponde a los cambios que debe realizar el cuidador en diversos ámbitos de la vida y las reacciones emocionales frente a las demandas de cuidado.

Tipo de variable; según su naturaleza es de tipo cualitativo y es dependiente

#### **Definición Operacional**

Información obtenida bajo la escala de Zarit y preestablecida sobre los niveles de sobrecarga, de los familiares cuidadores de adultos con esquizofrenia del centro de salud mental El Porvenir- 2017.

#### **Niveles de sobrecarga:**

- Nivel sin sobrecarga: 22- 46
- Nivel de sobrecarga leve: 47 - 55
- Nivel de sobrecarga intensa: 56 – 110

### **Dimensiones:**

- **Impacto del cuidado:** relacionadas con los efectos o consecuencias que se evidencian en el cuidador informal, ocasionados por prestación de cuidados a un familiar dependiente, se pueden identificar las siguientes situaciones: falta de tiempo libre e intimidad, deterioro de la vida social, pérdida de salud.
- **Calidad de las relaciones interpersonales:** Se encuentra representado por aquellos elementos, sentimientos y actitudes, referidos producto de la relación y convivencia que el cuidador familiar mantiene con la persona receptora del cuidado.
- **Expectativas de autoeficacia:** Se reflejan las creencias, experiencias, ideas y percepción que refiere el cuidador sobre su capacidad para brindar un cuidado adecuado y de calidad a su familiar a cargo, es así que tiene pensamientos referentes a la atención.

## **2.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN**

Se coordinó con la directora del centro de salud mental El Porvenir, para los permisos correspondientes y aplicación del instrumento a cada uno de los familiares cuidadores que cumplieron con los criterios de inclusión, al informarle al familiar cuidador sobre el estudio a realizar, estos dieron su asentimiento verbal. Tuvo un tiempo límite de 20 min para el llenado del instrumento; se les explicó los objetivos de la investigación y orientó sobre el llenado del instrumento; así mismo se les informó que los datos brindados fueron anónimos. Se leyó cada ítem del instrumento, otorgándoles una tarjeta con las valoraciones (Nunca = 1, casi nunca = 2, A veces =3, Bastantes veces = 4 y Casi siempre = 5), para que tenga seguridad en sus respuestas. Si algún ítem no habría sido comprendido, se dio retroalimentación para una correcta respuesta. La selección de cada unidad de análisis se hizo aleatoriamente hasta completar la muestra.

Una vez terminado el llenado, se realizó el control de calidad de cada instrumento verificando, que todos los ítems hayan sido marcados con las respuestas. (23)

### **Instrumento de recolección de datos:**

El instrumento utilizado se denomina: Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit. Este instrumento está establecido para conocer sobre el concepto de carga del cuidador, considerando el nivel de este factor como fundamental en el mantenimiento de los pacientes psiquiátricos en la comunidad. Tiene en cuenta aspecto de: salud física y psicológica, área económica y laboral, relaciones sociales y relaciones familiares, y tiempo para sí mismo. La escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, se plantea para valorar la sobrecarga sentida por el cuidador principal de una persona con demencia, desde la teoría general del estrés. Explora los efectos negativos sobre el cuidador en distintas áreas de su vida: salud física, psíquica, actividades sociales y recursos económicos. Este cuestionario consta de 22 expresiones (21 ítems de sobrecarga y una aislada sobre la percepción global de la misma) que se valoran con una escala tipo Likert; mediante un rango de 4 adjetivos que se clasifican como: (Nunca = 1, casi nunca = 2, A veces =3, Bastantes veces = 4 y Casi siempre = 5). (23,24)

Ello permite identificar con qué frecuencia se siente afectado el cuidador por cada ítem en particular, mientras que el ítem 22 nos ofrece una valoración global de la sobrecarga que percibe el cuidador y la califica en ningún = 0, escaso = 1, moderado = 2, mucha = 3 y extremada = 4. La factorización de los 22 ítems arroja en la mayoría de los trabajos estos factores que constituyen las dimensiones de la Escala de Zarit: La dimensión del impacto del cuidado (sobrecarga), está conformada por 12 ítems; 2, 3, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 19 22 que refieren las consecuencias del cuidado en el cuidador , la dimensión de la Calidad de la relación interpersonal (rechazo), compuesta por 6 ítems; 1, 4, 5, 6 y 13 que describen la relación del cuidador con el paciente a su cargo y la dimensión de las Expectativas de Autoeficacia (competencia), formada por 4 ítems; 7, 15, 20, 21 que manifiestan las creencias y experiencias sobre la capacidad para cuidar. Y el ítem 22 enfoca la percepción global de la sobrecarga del cuidador.

Niveles de sobrecarga, nivel sin sobrecarga: 22- 46, nivel de sobrecarga leve: 47 – 55, nivel de sobrecarga intensa: 56 – 110. (23, 24,25)

### **Validación y confiabilidad del instrumento:**

#### **Validez**

El instrumento de Zarit tiene validez de concepto y validez de constructo. La consistencia interna de escala es de 0.91. (24,25)

#### **Confiabilidad**

Esta herramienta presenta gran confiabilidad inter-observador (coeficiente de correlación intra-clase (CCI) 0,71 en su estudio original, y 0,71-0,85 en validaciones internacionales), consistencia interna (alfa de Cronbach 0,91 en estudio original, y 0,85-0,93. (24,25)

### **Procesamiento y Análisis de Datos**

El registro de datos que están consignados en las correspondientes hojas de recolección de datos han sido procesados utilizando el paquete estadístico SPSS V 23.0, los que luego se presentan en cuadros de entrada simple y doble, así como gráficos de relevancia.

## **2.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Para garantizar los aspectos éticos de la población en estudio se mantuvo el anonimato de los participantes y los datos recopilados durante la investigación, a quienes se les explicó de manera sencilla y clara el tipo de investigación a realizar. Así mismo se les aseguró la confidencialidad de la información proporcionada para la investigación, y en la recolección de información se consideró contar con la respectiva autorización de la jefa de área.

### **III. RESULTADOS**

**TABLA N°1**  
**DATOS GENERALES DEL FAMILIAR CUIDADOR DEL ADULTO CON**  
**ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL EL PORVENIR –**  
**TRUJILLO 2017**

| <b>ESTADO CIVIL</b>         | <b>Nº</b> | <b>%</b>      |
|-----------------------------|-----------|---------------|
| Soltero(a)                  | 17        | 42.5          |
| Casado(a)                   | 19        | 47.5          |
| Divorciado(a)               | 4         | 10.0          |
| <b>TOTAL</b>                | <b>40</b> | <b>100.0</b>  |
| <b>EDAD</b>                 | <b>Nº</b> | <b>%</b>      |
| 18 – 34 años                | 12        | 30.0          |
| 34 – 55 años                | 25        | 62.5          |
| 55 a más años               | 3         | 7.5           |
| <b>TOTAL</b>                | <b>40</b> | <b>100.0</b>  |
| <b>PARENTESCO</b>           | <b>Nº</b> | <b>%</b>      |
| Madre/Padre                 | 17        | 42.5          |
| Hermano(a)                  | 9         | 22.5          |
| Otro parentesco             | 12        | 30.0          |
| Sin parentesco              | 2         | 5.0           |
| <b>TOTAL</b>                | <b>40</b> | <b>100.0</b>  |
| <b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b> | <b>Nº</b> | <b>%</b>      |
| Primaria                    | 23        | 57.5          |
| Secundaria                  | 16        | 40.0          |
| Superior                    | 1         | 2.5           |
| <b>TOTAL</b>                | <b>40</b> | <b>100.0</b>  |
| <b>SEXO</b>                 | <b>Nº</b> | <b>%</b>      |
| Masculino                   | 1         | 2.5           |
| Femenino                    | 39        | 97.5          |
| <b>TOTAL</b>                | <b>40</b> | <b>100.0%</b> |

Fuente: Aplicación de la escala de sobrecarga del cuidador en el periodo de mayo- junio del 2017.

**TABLA N° 2**  
**NIVEL DE SOBRECARGA DEL FAMILIAR CUIDADOR DEL ADULTO CON**  
**ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL EL PORVENIR–**  
**TRUJILLO 2017**

| <b>NIVEL DE<br/>SOBRECARGA</b> | <b>Nº</b> | <b>%</b>   |
|--------------------------------|-----------|------------|
| <b>Sin sobrecarga</b>          | 12        | 30.0       |
| <b>Sobrecarga leve</b>         | 17        | 42.5       |
| <b>Sobrecarga<br/>intensa</b>  | 11        | 27.5       |
| <b>TOTAL</b>                   | <b>40</b> | <b>100</b> |

Fuente: Aplicación de la Escala de sobrecarga del cuidador en el periodo de mayo- junio del 2017.



**TABLA Nº3**

**NIVEL DE SOBRECARGA DEL FAMILIAR CUIDADOR DEL ADULTO CON  
ESQUIZOFRENIA SEGÚN LA DIMENSIÓN IMPACTO DEL CUIDADO**

| <b>IMPACTO DEL<br/>CUIDADO</b> | <b>Nº</b> | <b>%</b>    |
|--------------------------------|-----------|-------------|
| <b>Sin sobrecarga</b>          | <b>8</b>  | <b>20.0</b> |
| <b>Sobrecarga leve</b>         | <b>22</b> | <b>55.0</b> |
| <b>Sobrecarga<br/>intensa</b>  | <b>10</b> | <b>25.0</b> |
| <b>TOTAL</b>                   | <b>40</b> | <b>100</b>  |

Fuente: Aplicación de la Escala de sobrecarga del cuidador en el periodo de mayo- junio del 2017.

**TABLA Nº4**

**NIVEL DE SOBRECARGA DE LOS FAMILIARES CUIDADORES DEL ADULTO  
CON ESQUIZOFRENIA SEGÚN LA DIMENSIÓN CALIDAD DE LA RELACIÓN  
INTERPERSONAL**

| <b>CALIDAD DE<br/>RELACIÓN<br/>INTERPERSONAL</b> | <b>Nº</b> | <b>%</b>   |
|--|-----------|------------|
| <b>Sin sobrecarga</b>                            | 9         | 22.5       |
| <b>Sobrecarga leve</b>                           | 23        | 57.5       |
| <b>Sobrecarga<br/>intensa</b>                    | 8         | 20.0       |
| <b>TOTAL</b>                                     | <b>40</b> | <b>100</b> |

Fuente: Aplicación de Escala de sobrecarga del cuidador en el periodo de mayo- junio del 2017.

**TABLA Nº5**

**NIVEL DE SOBRECARGA DEL FAMILIAR CUIDADOR DEL ADULTO CON  
ESQUIZOFRENIA SEGÚN LA DIMENSIÓN EXPECTATIVA DE AUTOEFICACIA**

| <b>EXPECTATIVA<br/>DE<br/>AUTOEFICACIA</b> | <b>Nº</b> | <b>%</b>   |
|--|-----------|------------|
| <b>Sin sobrecarga</b>                      | 3         | 7.5        |
| <b>Sobrecarga leve</b>                     | 28        | 70.0       |
| <b>Sobrecarga<br/>intensa</b>              | 9         | 22.5       |
| <b>TOTAL</b>                               | <b>40</b> | <b>100</b> |

Fuente: Aplicación de Escala de sobrecarga del cuidador en el periodo de mayo- junio del 2017.

#### IV. DISCUSIÓN

En la tabla N° 1 se observa los datos generales del familiar cuidador del adulto con esquizofrenia, dónde el 47.5% son casados, el 62.5% tienen edades entre 34- 55 años; el 42.5% son madres y padres, el 57% tiene grado de instrucción primaria, el 97.5% son de sexo femenino.

Los hallazgos encontrados son similares al estudio de Jaen y cols; en el 2012, reportó que el perfil del cuidador de una mujer es de 84,2%, de alrededor de 60 años. Normalmente madre del paciente 72,5 %, que no trabaja, pasa con el enfermo más de 4 horas al día 75%, afirman mantener una buena relación con el paciente y que no piensa que el enfermo sea una carga negativa ni para ella ni para su familia (26).

De acuerdo a los resultados hallados que fueron igual al estudio de Jean y Guanilo, la mayor parte de familiares cuidadores son de 34 a 55 años a más, esto puede deberse a que quizás durante la edad madura y la etapa adulta mayor la persona cumple el papel de protectora y cuidador, sobre todo si es madre o esposa, ya que velan por la salud y el bienestar de la familia, es por ello que en mayor porcentaje es de sexo femenino, cumpliendo el papel en casa de cuidadores informales y más aún si existe o se presenta alguna enfermedad, siendo el cuidado duradero y constante, también puede influir el grado de instrucción, pues mientras una persona esté más preparada y conozca más, menor será el nivel de sobrecarga, porque el desconocimiento puede generar estrés, angustia y desesperación y de esta manera el cuidado se ve afectado. (26)

En la tabla N° 2 se observa el nivel de sobrecarga del familiar cuidador del adulto con esquizofrenia, dónde ningún nivel abarcó más de la mitad de los casos

siendo el más frecuente el nivel de sobrecarga leve con un 42.5%, seguido por el nivel sin sobrecarga con un 30.0% y el nivel de sobrecarga intensa con un 27.5%.

Los hallazgos son similares con la investigación de Correa que, en el 2015, reportó que el 48.5% presenta sobrecarga leve, el 27.3% sobrecarga intensa y el 24.2% no presenta sobrecarga.

En los hallazgos encontrados nos muestra que 42.5% presenta sobrecarga leve, lo cual tiene similitud con el de Correa encontrando que el 48.5% presenta sobrecarga leve, la teoría indica que las personas que padecen esquizofrenia generalmente necesitan el apoyo y cuidado de individuos que puedan velar por su salud y seguridad, es común que su cuidado recaiga sobre familiares directos que puedan responder a sus problemas debido a las constantes necesidades, así como por diversas condicionantes sociales, culturales y económicas. (21, 27,28)

Este cuidado continuo también afecta las diferentes dimensiones de la salud de los familiares cuidador exponiéndoles en un mayor riesgo de estrés emocional y diversas enfermedades tanto físicas como mentales. Esta situación se vuelve una carga creciente para los individuos involucrados que posteriormente genera agotamiento, disminución en la calidad de vida tanto de los afectados por el trastorno mental como de sus cuidadores. La sobrecarga aparece cuando el cuidador informal no se siente preparado y/o no tiene conocimiento suficiente para desempeñar esa función, está relacionada también con la dedicación al desempeño del rol de cuidador e implica las repercusiones concretas en la vida de este, lo que incrementa su agotamiento y lo lleva a dejar de lado sus propias necesidades de salud. Sin embargo, puede suceder que el cuidador no presente sobrecarga como lo hallado por Correa, pues puede que este tipo de familiares cuidadores, estén tomando estrategias que le ayuden en el afrontamiento, o que reciban apoyo tanto económico, físico y emocional, que ayude a que disminuya la sobrecarga. (27, 29,30)

En los pacientes con esquizofrenia generalmente se muestra una marcada incertidumbre en el familiar, ya que los cambios constantes que tienen este tipo de pacientes, o generalmente la agresión que se muestra en ellos, genera hasta miedo en los familiares cuidadores, además de sentirse cansados, por estar observando su comportamiento, haciendo que tomen sus medicamentos para equilibrar el balance de neurotransmisores que son quienes provocan estos tipos de síntomas del paciente con esquizofrenia, es por ello que se evidencia al familiar, cansado, fatigado, preocupado.

En la tabla N° 3 se observa el nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores del adulto con esquizofrenia según la dimensión impacto del cuidado, la mayoría, es decir el 55.0% presentan nivel de sobrecarga leve, el 25.0% sobrecarga intensa y el 20.0% no presenta sobrecarga.

Los resultados encontrados son similares a los de Chomba, en cuanto a la sobrecarga según la dimensión de Impacto del Cuidado, reportó que el 48% de los cuidadores familiares tiene sobrecarga leve y el 33% no presenta sobrecarga. (19)

Los hallazgos encontrados según la dimensión impacto del cuidado el 55% tiene nivel de sobrecarga y el de Chomba que el 48% tiene sobrecarga leve, esto puede deberse a que la enfermedad como la esquizofrenia no causó cambios repentinos e impactantes, tornándose un poco más llevadera, sin haber afectado la rutina diaria.

Sin embargo, dichos autores difieren a lo encontrado en la sobrecarga según Roig, Abengózar y Serra, es el resultado de combinaciones de trabajo físico, emocional y restricciones sociales, esto hace referencia a un estado psicológico que surge al cuidar un enfermo. (31)

Es así, que el cuidador informal va perdiendo paulatinamente su independencia, ya que el enfermo de esquizofrenia cada día se vuelve más dependiente, haciendo que el cuidador se desatienda de sí mismo, no dedique el tiempo libre necesario para su ocio, abandone aficiones, etc., y el dedicarse las 24 horas del día al enfermo generará profundas reacciones afectivas y emocionales. Pues son los trastornos conductuales tales como alucinaciones, delirios, agresividad y vagabundeo, que más afectan y sobrecargan al cuidador. (32, 33)

El comportamiento de la persona que padece el trastorno esquizofrénico y los distintos síntomas de la enfermedad provocan altos niveles de estrés en el cuidador. Los cuidadores encuentran muy difícil enfrentarse a la evolución de la enfermedad, la persona puede volverse de repente agresiva u hostil, y suspicaz. Algunos cuidadores lo llevan muy bien, pero otros se hunden por la complejidad de la enfermedad.

En la tabla N° 4 se observa la distribución del nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores del adulto con esquizofrenia según la dimensión calidad de la relación interpersonal, la mayoría, es decir el 57.0% presenta nivel de sobrecarga leve, el 22.5% sin sobrecarga y el 20.0% sobrecarga intensa.

Los resultados son similares con el de Chomba, donde se reporta que en cuanto a la Sobrecarga según la dimensión de Calidad de las Relaciones Interpersonales se evidencia en mayor número que el 56% manifiesta sobrecarga leve y 36% de los cuidadores no presenta sobrecarga. (19)

Lo encontrado según la dimensión relación interpersonal es igual al de Chomba, encontrando que el 56%, es decir el mayor porcentaje de los cuidadores presenta sobrecarga leve. Según la bibliografía la calidad de las relaciones interpersonales representa aquellos elementos, sentimientos y actitudes, que se refiere a la relación y a la convivencia que el cuidador familiar mantiene con la

persona receptora del cuidado, y según lo mencionado en ambos estudios esta dimensión no se ha visto afectada. (34)

Sin embargo, la persona dependiente es aquella que, debido a la pérdida de autonomía física, sensorial, mental o intelectual, precisa la atención de otra persona para realizar sus actividades básicas; y puede ocurrir que la presencia de un miembro en la familia que requiere cuidados, genere una situación familiar que provoca cambios dentro de la estructura familiar, en roles y patrones de conducta de sus integrantes.

Entre las consecuencias de sufrir sobrecarga, se ha notado que los cuidadores tienen una mayor tendencia a desarrollar alguna enfermedad, además de que estos ejercen algún tipo de influencia en los pacientes, ya que se dedican a ellos, dejando de lado algunas de sus actividades cotidianas.

En la tabla N° 5 se observa el nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores del adulto con esquizofrenia según la dimensión expectativa de autoeficacia, la mayoría, es decir el 70.0% presenta nivel de sobrecarga leve, el 22.5% sobrecarga intensa y el 7.5% sin sobrecarga.

Los hallazgos encontrados son similares con los de Chomba, en cuanto a la Sobrecarga según la dimensión de Expectativas de autoeficacia, encontró que el 63% no presentó sobrecarga y 27% tiene sobrecarga leve. (19)

Según lo encontrado donde el 77.5% presenta sobre carga leve y no sobrecarga son similares a lo hallado por Chomba que el 90% presenta sobrecarga leve y no sobrecarga, esto puede indicar que no ha sido afectado esta dimensión que según Zarit las expectativas de autoeficacia reflejan las creencias, experiencias, ideas y percepción que refiere el cuidador sobre su capacidad para brindar un cuidado adecuado y de calidad a su familiar a cargo, es así que tiene



pensamientos referentes a la atención. Ser cuidador familiar trae consecuencias sociales, emocionales, familiares, físicas y de salud para las personas que proveen este cuidado; ya que el cuidador tiene que enfrentarse con determinados factores estresantes y su respuesta a los mismos se ve mediada por procesos psicológicos. (34)

Ante ello Cano K. refiere que los cuidadores familiares suelen mostrar variaciones a nivel psicológico y emocional tales como vergüenza, irritabilidad, miedo, tensión, temor por el futuro del familiar y sensación de descontrol.

## **V. CONCLUSIONES**

1. El nivel global de sobrecarga del familiar cuidador del adulto con esquizofrenia más identificado fue de sobrecarga leve con un 42.5%.
2. Con respecto a la dimensión impacto del cuidado se reportó un 55.5% de sobrecarga leve a comparación del 20% sin sobrecarga.
3. Con respecto a la dimensión calidad de la relación interpersonal se reportó un 57.5% de sobrecarga leve a comparación del 20% de sobrecarga.
4. Con respecto a la dimensión expectativa de autoeficacia se alcanzó un 70% de sobrecarga leve a comparación del 7.5% sin sobrecarga.

## **VI. RECOMENDACIONES**

1. Promover a las instituciones, hospitales, centros de salud mental que fortalezcan y realicen estrategias que ayuden a mejorar la sobrecarga del familiar cuidador.
2. Promover que las instituciones de salud mental refuercen las estrategias para mejorar la percepción del familiar acerca del cuidado que realiza y como afecta en ellos, según a la dimensión de impacto del cuidado.
3. Realizar dinámicas terapéuticas que incluyan no solo al paciente con esquizofrenia, sino también a la familiar, para lograr un cuidado holístico y mejorar la relación interpersonal.
4. Demostrar y recalcar la eficacia que tiene cada familiar, para que ellos se sientan auto eficientes en la labor que realizan como cuidadores de pacientes con esquizofrenia.

## V.II REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kirkpatrick B. El concepto de esquizofrenia (Editorial). Medical College of Georgia, Augusta, Georgia, Estados Unidos. Rev. Psiquiatría Salud Ment (Barc.)2009;2(3):105-107.
2. O.M.S. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. [en línea] (Citado el 23 de junio de 2016). Disponible en: [http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)
3. O.M.S. La esquizofrenia. Nota descriptiva N°397, Abril de 2016. Recuperado el 16 de junio 2016[en línea]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
4. Organización Panamericana de la Salud. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Editores: Jorge J. Rodríguez, Robert Kohn, Sergio Aguilar- Gaxiola. Washington D.C., O.P.S.; 2014.
5. Pérez Belén. Cuídate Plus. Esquizofrenia. (citado el 27 de abril del 2017). Disponible en <http://www.cuidateplus.com/enfermedades/psiquiatricas/esquizofrenia.html>
6. Sebastián E. Enfermería Familiar. principios de cuidado a partir del saber (in) común de las familias. 2004. Trujillo-Perú.
7. Montorio I. Fernández M. López A. Sánchez M. La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. Anales de Psicología. [Consultado el 17 de marzo 2017] 1998.14 (2): 229-248.
8. Hernández S. Metodología de la Investigación 4ª ed. McGraw-Hill. México; 2006.
9. Fundación Asam Familia.org (2016). La Esquizofrenia [en línea] (citado 26 de mayo 2016).Disponible en: <https://fundacionasamfamilia.org/centro-de-ayuda/centro->

deayudarecursos-esquizofrenia/sintomas

laesquizofrenia/?gclid=CLj6pfmbvc0CFRNZhgodBiELhg

10. Leal F. Espinosa C. Vega J. y Vega S. Sobrecargas objetivas y nivel de apoyo familiar a pacientes adultos con Esquizofrenia. Universidad de Tarapacá, Iquique, 1(2). Chile; 2012.p. 12
11. O.M.S. (Organización Mundial de la salud). Salud Mental. [en línea] (Citado el 23 de Junio de 2016). Disponible en: [http://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](http://www.who.int/topics/mental_health/es/).
12. Sánchez B. La experiencia de ser cuidadora de una persona en situación de enfermedad crónica. Revista Investigación y Educación en Enfermería. Medellín, Colombia 2001. Pág. 35-50.
13. Navarrete C. Y Zicavo N. Enfermedad y Familia. 2ª ed. México, Instituto Literario 100 ote, 2014. p. 10 - 22.
14. Lazarus R y Folkman S. Stress, appraisal and coping. [Internet]. [citado 30 Abril 2017]. (2002). [Citado el 15/06/17]. Disponible en: URL:<http://books.google.com.pe/books?id=iySQQuUpr8C&printsec=frontcov> er&hl=es&source=gbs\_ge\_summary\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.
15. Arango J, Fernández S y cols. Las demencias. Aspectos Clínicos, neuropsicológicos y tratamiento. México. Editorial El Manual Moderno 2008.
16. Vega O, Gonzales D. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica, Revista electrónica cuatrimestral de enfermería 2009, 1(16).p.1-11.
17. Cerquera A, Granados F, Buitrago A. Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. Psychol. Avances de la Disciplina. [Citado el 15/06/17]. Disponible en. <http://revistas.usbbog.edu.co/index.php/Psychologia/article/view/1169/0>
18. Leal M, Sales R, Ibañez E, Giner J, Leal C. Valoración de la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia antes y después de un programa psicoeducativo. Actas Especialidad de Psiquiatría, Chile; 2012.

- 19.Chomba A. Sobrecarga en el cuidador familiar del paciente con esquizofrenia, Hospital Hermilio Valdizán. Agosto 2013. [Tesis de Licenciatura]. Universidad Ricardo Palma. Lima; 2013.
- 20.Hidalgo Padilla Liliana Milagros. Sobrecarga y afrontamiento en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia. [Tesis de Licenciatura].Pontificia Universidad Católica del Perú. 2013
- 21.Correa D. Nivel de sobrecarga de los familiares cuidadores de pacientes con esquizofrenia que asisten a un servicio de salud – 2014. (tesis de Licenciatura) Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima; 2015.
- 22.Hernández S. Metodología de la Investigación 4ª ed. McGraw-Hill. México; 2006.
- 23.Sánchez, H. y Reyes, C. Metodología y diseños en la investigación Científica. (4ta edición). Editorial Mantaro, Lima-Perú; 2005.
- 24.Zaritsh O. Zarit J. Thehiddenvictims of Alzheimer'sdisease: families in der stress. New York: New York University Press;1985.
- 25.Flores E., Rivas R., Seguel P. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia. Rev. Ciencia y Enfermería XVIII (1):29-41,2012. Chile; 2012.
- 26.Jaén D, Callisaya E y cols. Evaluación de la sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia del Hospital de psiquiatría. Rev Médica Paz 2012 18(2) .p. 14
- 27.Gutiérrez J. Caqueo A. Kavanagh D. Burden of care and general health in families of patientswithschizophrenia. SocPsychiatryPsychiatrEpidemiol. 2005; 40 (11):899-904.
- 28.Caqueo A. Gutiérrez J. Miranda C. Quality of life in caregivers of patientswithschizophrenia: A literaturereview. HealthQualLifeOutcomes. 2009; 7: 84.
- 29.Alvarado R. Oyanedel X. Aliste F. Pereira C. Soto F. De la Fuente M. Carga de los cuidadores informales de personas con esquizofrenia: Un desafío pendiente para la reforma de la atención en salud mental. Rev. Salud Pública. 2011;15(2):6-17.p. 15

30. Cochrane J. Goering P. Rogers J. The mental health of informal caregivers in Ontario: an epidemiological survey. *Am J Public Health*. 1997;87 (12): 2002.p.7.
31. Roig V. Abengozar C y Serra E. La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. DIGITUM. España 1998. [En línea]. [Citado el 14/05/17]. Disponible en URL: <http://hdl.handle.net/10201/10155>.
32. Fernández A. Sobrecarga del cuidador inmigrante no profesional formal en Barcelona. ESPAÑA. [En línea]. [Disponible en 13/04/17] Disponible en URL: <http://www.tdx.cat/handle/10803/9333>. 2007.
33. Pérez M; Cartaya M; Olano B. Variables asociadas con la depresión y la sobrecarga que experimentan los cuidadores principales de los ancianos con Alzheimer. *Revista Cubana de Enfermería*, vol.28 no.4. 2012. Cuba.p. 14-16.
34. Zarit S. Toseland R. Current and future direction in family caregiving research. *Gerontologist* 1989, 1(29).p.481-3

## **ANEXOS**



**Anexo 01:**

**Dra: Elizabeth Carolina Muñoz Artega**

DIRECTORA DEL CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL “**SAN  
CRISPIN**”

Las bachilleres Katty Melissa Aguilar lavado, identificada con DNI N° 45224827 y Armas Anticon Sandra Milagros, identificada con DNI N° 44766447. Ante usted respetuosamente nos presentamos y exponemos lo siguiente:

Que habiendo culminado la carrera profesional de **Enfermería** en la Universidad Privada Antenor Orrego, solicito a Ud. permiso para realizar ejecución de trabajo de investigación en el hospital que dirige sobre “**NIVEL DE SOBRECARGA DEL FAMILIAR CUIDADOR DEL ADULTO CON ESQUIZOFRENIA DEL CENTRO DE SALUD MENTAL EL PORVENIR-TRUJILLO 2017.**” para optar el grado de licenciado.

**POR LO EXPUESTO:**

Ruego a usted acceder a mi solicitud.

Trujillo, 5 de Mayo 2017

---

**AGUILAR LAVADO KATTY M.**

**45224827**

---

**ARMAS ANTICONA SANDRA M.**

**44766447**

**Anexo 02:**

**ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR**

**(CAREGIVER BURDEN INTERVIEW DE ZARIT)**

Autor: Zarit (1980)

**PRESENTACIÓN:**

Estimados señores(as), solicito su colaboración para el siguiente instrumento, que permitirá identificar el nivel de sobrecarga de familiares cuidadores del paciente con esquizofrenia, siendo importante que usted conteste de manera veraz esta escala. Cabe resaltar que los datos serán tomados en forma confidencial y anónima, agradeceremos la sinceridad en sus respuestas.

**INSTRUCCIONES:**

|          |          |          |          |          |
|----------|----------|----------|----------|----------|
| <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
|----------|----------|----------|----------|----------|

|              |                   |                |                        |                     |          |
|--------------|-------------------|----------------|------------------------|---------------------|----------|
| <b>Nunca</b> | <b>Casi nunca</b> | <b>A veces</b> | <b>Bastantes veces</b> | <b>Casi siempre</b> | A<br>con |
|--------------|-------------------|----------------|------------------------|---------------------|----------|

tinuación, se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten las personas que cuidan a otra persona. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia. Marque con una **(X)** la respuesta que Ud. Prefiera.

| <b>PREGUNTAS</b>   | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?   |          |          |          |          |          |
| 2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?                              |          |          |          |          |          |
| 3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)? |          |          |          |          |          |
| 4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?   |          |          |          |          |          |
| 5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?   |          |          |          |          |          |
| 6. Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?    |          |          |          |          |          |
| 7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?  |          |          |          |          |          |
| 8. ¿Piensa que su familiar depende de usted?   |          |          |          |          |          |
| 9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?  |          |          |          |          |          |
| 10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?  |          |          |          |          |          |

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| 11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?                           |  |  |  |  |  |
| 12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?                         |  |  |  |  |  |
| 13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?                           |  |  |  |  |  |
| 14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?  |  |  |  |  |  |
| 15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos? |  |  |  |  |  |
| 16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?   |  |  |  |  |  |
| 17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?                              |  |  |  |  |  |
| 18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?   |  |  |  |  |  |
| 19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?  |  |  |  |  |  |
| 20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?  |  |  |  |  |  |
| 21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?  |  |  |  |  |  |
| 22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?                                      |  |  |  |  |  |

